

5. Маркерні ферменти — нейтральна α -глюкозидаза та N-ацетил β -D-гексозамінідаза — адекватно відображають динаміку ефективності лікування хворих із закритою побутовою травмою нирок і можуть служити критерієм стану нирки в разі травми на всіх етапах лікування, а також свідчити про видужання хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Возіанов О. Ф., Люлько О. В.* Атлас-посібник з урології: У 3 т. — 2-ге вид., перероб. та доп. — Дніпропетровськ: РВА «Дніпро-VAL», 2001. — Т. 2. — 674 с.
2. *Люлько А. В., Романенко А. Е., Серняк П. С.* Повреждение органов мочеполовой системы. — К.: Здоров'я, 1981. — 256 с.
3. *Намазова О. С.* Исследование ферментов мочи в диагностике по-

ражений почек // Педиатрия. — 1996. — № 3. — С. 83-86.

4. *Окунев Д. Ю.* Клиническая значимость определения активности ферментов в моче при заболеваниях почек: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1992.

5. *Руководство по урологии: В 3 т. / Под ред. Н. А. Лопаткина.* — М.: Медицина, 1998. — Т. 3. — 672 с.

6. *Лавренова Т. П.* Определение активности ферментов мочи при поражениях почек // Лаб. дело. — 1986. — № 7. — С. 430-432.

УДК 616.441-002:097-07

О. А. Гончарова

ДОЗОЗАЛЕЖНИЙ ЕФЕКТ L-ТИРОКСИНУ НА ГУМОРАЛЬНИЙ ІМУНІТЕТ У ЖІНОК З АВТОІМУННИМ ТИРЕОЇДИТОМ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Автоімунний тиреоїдит (АІТ) є органоспецифічним автоімунним захворюванням [1; 2], лікування якого зводиться до корекції зниженої функції щитоподібної залози [3]. Сьогодні немає патогенетичної терапії при АІТ, а практично єдиним препаратом, що використовується для медикаментозної терапії, є L-тироксин. Літературні дані про його вплив на автоімунний процес у щитоподібній залозі суперечливі: деякі автори вказують на відсутність яких-небудь ефектів такого впливу [3; 4], інші визнають, що в результаті безупинного прийому цього препарату приблизно через 4 міс відбувається зниження рівнів антитиреоїдних антитіл (АТ) [5; 6]. У літературі не конкретизовано дані про вплив L-тироксину на рівні АТ до тиреоглобуліну (ТГ) і мікросомального антигену (МА), а, отже, і на їхнє співвідношення. Наведені дані послужили підставою до дослідження динаміки АТ, а також їх співвідношення на фоні тривалого безупинного (6 міс і більше) прийому L-тироксину, у тому числі з урахуванням добової дози пре-

парату. З огляду на переважно більшу частоту АІТ у жінок, що пов'язано з дією гормональних факторів [7–9], вони і склали групу дослідження.

Мета дослідження — визначити вплив L-тироксину на рівні АТ до ТГ і МА, а також на їх співвідношення при тривалому прийомі препарату з урахуванням його добової дози.

Матеріали та методи дослідження

У 79 жінок з АІТ віком від 14 до 72 років за допомогою імуноферментного методу на апараті АІФ-Ц-01С досліджено рівні АТ до ТГ і до МА, а також їх співвідношення до прийому і через 6–24 міс прийому L-тироксину. Вивчено також особливості динаміки цих показників з урахуванням дози препарату: перша група — менше 100 мкг, а друга група — більше 100 мкг на добу.

Результати дослідження та їх обговорення

На фоні терапії L-тироксином зниження рівня АТ до ТГ через 6 міс і більше визначалося в 50 (63,29 %) хворих, а АТ до МА

— вірогідно рідше — у 35 хворих (44,3 %), $P < 0,02$. У решти хворих рівні АТ або не змінилися, або навіть підвищилися. Аналіз частоти зниження рівнів антитиреоїдних АТ залежно від добової дози L-тироксину (табл. 1) показав, що при його дозі менше 100 мкг/добу показники АТ до ТГ знижувалися вірогідно частіше ($P < 0,02$) порівняно з АТ до МА, при цьому рівні останніх на фоні терапії в 62,71 % хворих підвищилися. Тим же часом у групі хворих, що одержували L-тироксин дозою 100 мкг/добу і більше, зниження показника АТ до ТГ спостерігалось на 13,5 % частіше, ніж при меншій дозі препарату, а зниження АТ до МА було вірогідно частішим, ніж у групі порівняння ($P < 0,02$). Середньостатистичний рівень АТ до ТГ на фоні прийому L-тироксину знизився на 13,5 %, а АТ до МА підвищився на 9,4 %, внаслідок чого індекс співвідношення АТ до ТГ/АТ до МА залишився приблизно на тому ж рівні — вище одиниці (табл. 2).

Вивчено дозозалежний вплив L-тироксину на показники гуморального антитиреоїдного



імунітету (табл. 3). Відзначено, що в обох групах у вихідному стані спостерігалася тенденція до більш високих рівнів АТ до ТГ порівняно з АТ до МА ($0,1 > P > 0,05$). У зв'язку з цим індекс співвідношення рівнів цих АТ значно перевищував одиницю. При лікуванні L-тироксину дозою менше 100 мкг/добу відзначалося зниження рівня АТ до ТГ на 9,7 %, але він залишився вище рівня АТ до МА, причому останній практично не змінився. Індекс співвідношення АТ до ТГ/АТ до МА хоча і знизився на 12,6 %, але залишився на рівні вище одиниці. У групі хворих, що одержували L-тироксин дозою 100 мкг/добу і більше, рівень АТ до ТГ вірогідно знизився ($P < 0,05$) і став ниж-

че за рівень АТ до МА, при цьому останній навіть підвищився на 3,7 %. У результаті спостерігалася вірогідне ($P < 0,02$) зниження індексу співвідношення цих АТ, і він став нижче одиниці. Звертає на себе увагу, що при будь-якій дозі L-тироксину середні рівні обох антитиреоїдних АТ залишалися підвищеними.

Таким чином, на фоні прийому L-тироксину в жінок з АІТ позитивна динаміка рівнів АТ до ТГ спостерігалася вірогідно частіше, а зниження АТ до МА виявлено менше ніж у 50 % хворих. У вихідному стані в жінок з АІТ рівні АТ до ТГ були вище, ніж АТ до МА, і відповідно індекс їх співвідношення — вище одиниці. Призначення

L-тироксину дозою менше 100 мкг/добу супроводжувалося деяким зниженням середнього рівня АТ у ТГ, який проте залишався вищим за рівень АТ до МА, тому індекс їх співвідношення — вище одиниці. Тим часом на фоні використання L-тироксину дозою 100 мкг/добу і більше рівень АТ до ТГ вірогідно знижувався і став нижчим за рівень АТ до МА, що спричинило зниження їхнього співвідношення нижче одиниці. Нормалізації середніх рівнів антитиреоїдних АТ протягом 6–24 міс не відбувалося.

За даними УЗД щитоподібної залози, за цей же період зменшення об'єму щитоподібної залози відзначено тільки в 53,57 % випадків, а в 46,43 % визначалося навіть збільшення цього показника. При порівнянні з динамікою рівнів АТ до ТГ односпрямовані зміни цих показників спостерігалися тільки в 51,6 % випадків: у 29,03 % — зниження, у 22,58 % — збільшення; в інших випадках динаміка була різноспрямованою. Ці дані не дають підстави пов'язувати зниження рівня АТ до ТГ із зменшенням кількості ТГ у щитоподібній залозі зі зменшенням розмірів щитоподібної залози.

Висновки

У жінок, хворих на АІТ, співвідношення рівнів АТ до ТГ і АТ до МА, в основному, перевищують одиницю. На фоні прийому L-тироксину дозою менше 100 мкг/добу незначне зниження середнього рівня АТ до ТГ практично не змінює співвідношення між рівнями антитіл. При дозі L-тироксину 100 мкг/добу і більше спостерігається виразне зниження тільки рівня АТ до ТГ, а індекс співвідношення АТ до ТГ/АТ до МА наближається до одиниці або стає нижче одиниці. Кореляції між динамікою рівня АТ до ТГ і об'ємом щитоподібної залози не виявлено.

У перспективі необхідна розробка імунотропної терапії да-

Таблиця 1
Питома вага хворих зі зниженням рівнів антитиреоїдних антитіл при використанні різних доз L-тироксину

Доза L-тироксину	n	Частота зниження рівнів АТ, %	
		АТ до ТГ	АТ до МА
< 100 мкг/добу	59	59,32±6,39*	37,29±6,29* **
> 100 мкг/добу	20	75,00±9,68	65,00±10,67**

Примітка. * $P < 0,02$; ** $P < 0,02$.

Таблиця 2
Показники гуморального антитиреоїдного автоімунітету в динаміці лікування L-тироксину, $M \pm m$, n=79

Показники гуморального імунітету	Рівні АТ	
	До лікування L-тироксину	Через 6–24 міс лікування L-тироксину
АТ до ТГ	3,09±0,24	2,67±0,16
АТ до МА	2,44±0,15	2,67±0,17
АТ до ТГ/АТ до МА	1,26±0,08	1,20±0,10

Таблиця 3
Дозозалежний ефект L-тироксину на показники гуморального антитиреоїдного автоімунітету, $M \pm m$

Показники гуморального імунітету	Рівні АТ			
	Доза L-тироксину <100 мкг/добу, n=59		Доза L-тироксину >100 мкг/добу, n=20	
	До лікування	Через 6–24 міс	До лікування	Через 6–24 міс
АТ до ТГ	2,98±0,28* ³⁾	2,69±0,21	3,83±0,36* ¹⁾ * ³⁾	2,69±0,38* ¹⁾
АТ до МА	2,37±0,17* ³⁾	2,38±0,15	3,01±0,31* ³⁾	3,12±0,31
АТ до ТГ / АТ до МА	1,43±0,20	1,25±0,12	1,36±0,08* ²⁾	0,99±0,11* ²⁾

Примітка. *¹⁾ — $P < 0,05$; *²⁾ — $P < 0,02$; *³⁾ — $0,1 > P > 0,05$.



ної патології, що впливатиме на рівні АТ до МА.

ЛІТЕРАТУРА

1. Насонов Е. Л. Современные направления иммунологических исследований при хронических воспалительных и аутоиммунных заболеваниях человека // Тер. архив. — № 8. — 2001. — С. 43-46.

2. Дранник Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология. — М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2003. — 604 с.

3. Петунина Н. А. Клиника, диагностика и лечение аутоиммунного тиреоидита // Пробл. эндокринологии. — 2002. — № 6. — С. 16-21.

4. Фадеев В. В., Мельниченко Г. А., Герасимов Г. А. Аутоиммунный тиреоидит. Первый шаг к консенсусу // Пробл. эндокринологии. — 2001. — № 4. — С. 7-13.

5. Паньків В. І. Захворювання щитовидної залози: Навч. посібник. — Чернівці: БДМА, 2003. — 258 с.

6. Валдина Е. А. Заболевания щитовидной железы: 2-е изд. — СПб.: Питер, 2001. — 416 с.

7. Болезни щитовидной железы: Пер. с англ. / Под ред. Л. И. Бравермана. — М.: Медицина, 2000. — 432 с.

8. Гончарова О. А., Караченцев Ю. И., Ильина И. М. Возрастно-половые особенности взаимоотношения антитиреоидных антител при аутоиммунной тиреоидной патологии // Иммунология та алергологія. — 2003. — № 1. — С. 24.

9. Druckmann R. Review: Female sex hormones, autoimmune diseases and immune response // Gynecol. Endocrinol. — 2001. — Vol. 15 (supl. 6). — P. 69-76.

УДК 618.36:618.14-003.92

О. В. Горбунова

ОСОБЛИВОСТІ РОЗРОДЖЕННЯ ВАГІТНИХ З РУБЦЕМ НА МАТЦІ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

Вступ

Кесарів розтин, про який йтиметься у роботі, є одним із найбільш важливих питань проблеми абдомінального розродження. Так, за даними досліджень [1], 10 років тому з приводу рубця на матці оперовано тільки 5 % жінок, а зараз цей показник у структурі всіх показань становить 30–35 %. Перебіг вагітності у жінок з рубцем на матці супроводжується рядом серйозних ускладнень: загроза переривання, неправильне положення плода, низьке розташування плаценти тощо [1–4]. Крім того, одним із серйозних перинатальних ускладнень у жінок з рубцем на матці є поява синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку плода [2]. Виникає дуже несприятлива ситуація — оперативно розроджують жінок з рубцем на матці гіпотрофічними плодами з низькою адаптаційною можливістю. Безумовно, головною причиною розвитку цього ускладнення є фетоплацентарна недостатність.

Незважаючи на значну кількість публікацій з цієї проблеми, питання фетоплацентарної недостатності у жінок з рубцем на матці вивчені недостатньо і не в повному обсязі, хоча не викликає сумнівів той факт, що рубцеві трофічні зміни передньої стінки матки призводять до порушення матково-плацентарного кровообігу.

Все вищевикладене свідчить про необхідність проведення наукових досліджень, присвячених вивченню стану фетоплацентарного комплексу та розробці лікувально-профілактичних заходів у вагітних з рубцем на матці.

Мета роботи: з'ясувати особливості перебігу вагітності та пологів, післяпологового періоду, а також особливості функціонального стану фетоплацентарного комплексу у вагітних з рубцем на матці.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети та розв'язання завдань ми обстежили в динаміці вагітності

та післяпологового періоду 60 жінок, які були розроджені шляхом операції кесарева розтину і розподілені на дві групи:

I група — 30 первородящих, які розроджені абдомінальним шляхом через фетоплацентарну недостатність у поєднанні з іншими відносними показаннями: вік більше 30 років, великий плід, тазове передлежання, косе або поперечне положення, неплідність чи невиношування в анамнезі та ін.;

II група — 30 жінок з рубцем на матці після кесарева розтину з факторами ризику фетоплацентарної недостатності.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, функціональні та ендокринологічні методи.

Результати дослідження та їх обговорення

Як свідчать отримані дані, в I половині вагітності ми не відмічали суттєвих відмінностей залежно від наявності рубця на матці. При цьому слід відмітити той факт, що частота загрози переривання була незначно

